



Boaventura
ADVOGADOS ASSOCIADOS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Pelo presente instrumento particular, eu, _____ (nome), brasileira (o), inscrito (a) no Registro Geral sob o número _____ (número da identidade) SSP/MT, cadastrado (a) no CPF sob o número _____ (número do CPF), residente e domiciliado(a) à _____ (endereço completo), CEP _____, e-mail: _____, Tel.: _____, venho autorizar advogados e bastante procuradores, o Doutor **TOMÁS DE AQUINO SILVEIRA BOAVENTURA**, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, seção Mato Grosso, sob o número 3.565-B e o Doutor **BRUNO JOSÉ RICCI BOAVENTURA**, inscrito sob o número 9.271, ambos com escritório à Avenida Isaac Póvoas, 586, sala 307, Cuiabá – centro, CEP 78.005-560, telefone/fax (065) 623 7498, onde recebem as correspondências e as intimações de praxe, responsáveis pela assessoria jurídica permanente do **SINDICADO DOS SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE MATO GROSSO – SINJUSMAT**, a ingressarem com AÇÃO DE COBRANÇA DE DESIGNAÇÕES. Por ser de livre e espontânea vontade, assinado a presente declaração sem qualquer tipo de vício em minha vontade.

Cuiabá, _____ de _____ de _____.

(Assinatura por extenso, em cima da linha).